

Un cas de Tératome de la racine du méso-colon transverse

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le mercredi 19 décembre 1934

PAR

FERNAND CORBEAU

Né à Saint-Aubin (Nord) le 8 septembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Examineurs
de la thèse**

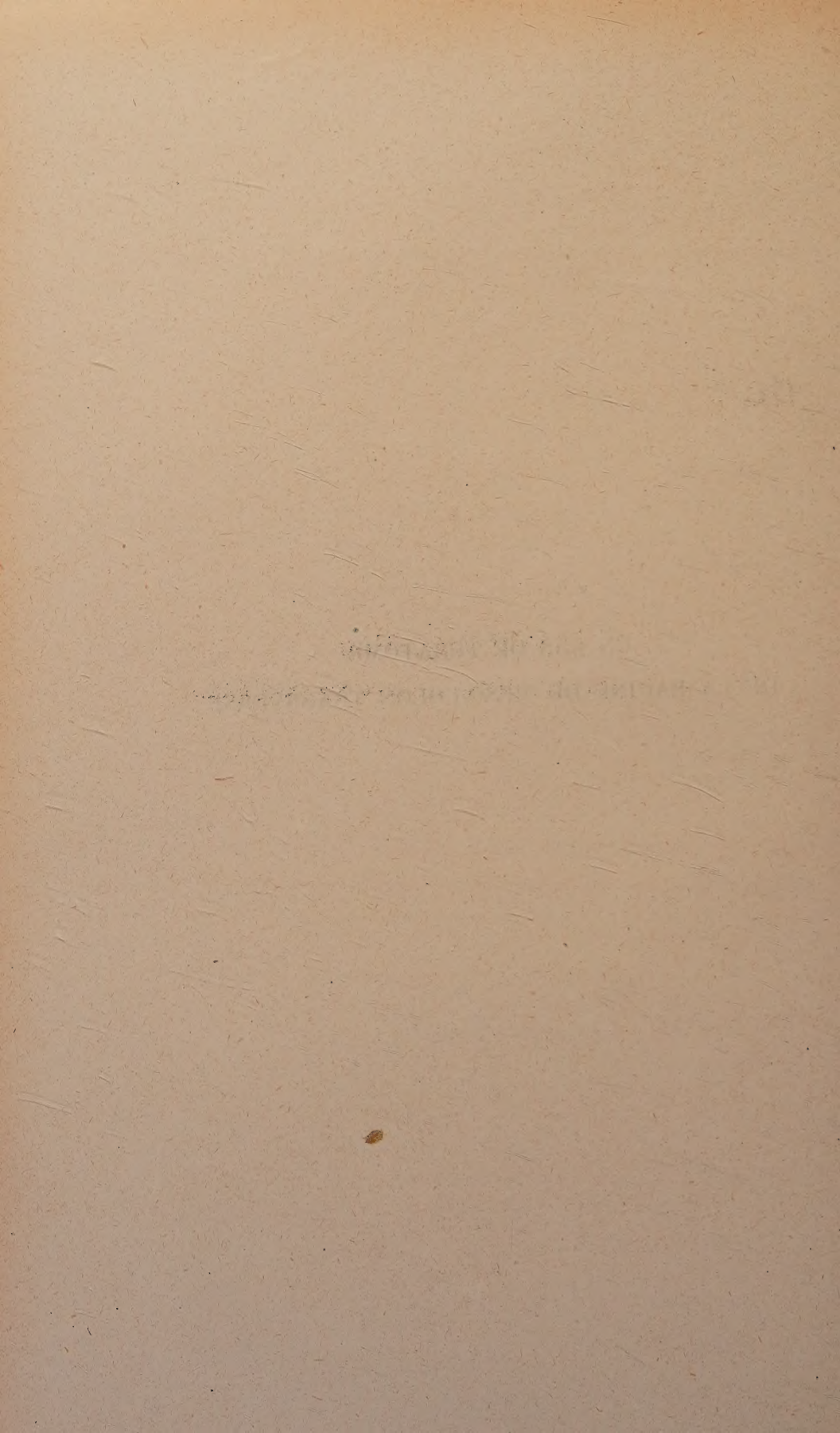
MM. ETIENNE, professeur, *président*.
VIRES, professeur.
AIMES, agrégé.
BAUMEL, agrégé.

Assesseurs

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
1, Rue Jardin-Martel
MONTPELLIER

1934

UN CAS DE TERATOME
DE LA RACINE DU MESO-COLON TRANSVERSE



Un cas de Tératome de la racine du méso-colon transverse

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le mercredi 19 décembre 1934

PAR

FERNAND CORBEAU

Né à Saint-Aubin (Nord) le 8 septembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la thèse

MM. ETIENNE, professeur, *président*.
VIRET, professeur.
AIMES, agrégé.
BAUMEL, agrégé.

Assesseurs

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
1, Rue Jardin-Martel
MONTPELLIER

1934

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

MM.

Anatomie	J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE, asses
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRE
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE

Honorariat

Doyen honoraire: M. MAIRET

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, GRANEL, VALLOIS

FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de cours complémentaires

MM.

Anatomie	LAUX
Histologie	GRANEL
Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie médicale	N...
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN ag. libre
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

MM.

	AIMES
	MOURGUE-MOLINES
MM. BOULET	Chirurgie....
JANBON	GUIBAL
BAUMEL	ROUX
VIDAL	LAUX
	COLL DE CARRERA
	GRANEL
	CARRERE

Examineurs de la thèse

MM. ETIENNE, prof, président.

MM. AIMES, agrégé.

VIRE, professeur.

BAUMEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR

A MA MERE

« Puissè-je ne jamais oublier ton amour, ton doux courage, ta bonté infinie et toute la tendresse dont tu enveloppas ma jeunesse. »

A MON PERE

Témoignage de respect filial et d'affection profondément reconnaissante.

A MON FRERE

Gage de mon sincère attachement.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MA FEMME

*Par Elle mon labeur fut plus doux,
et plus douce Demain sera ma tâche.*

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

*qui m'a fait l'honneur de présider ma
thèse. Témoignage de ma profonde
gratitude.*

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MONTPELLIER

Hommage reconnaissant.

F. C.

UN CAS DE TERATOME DE LA RACINE DU MESO-COLON TRANSVERSE

INTRODUCTION

Monsieur le Professeur ETIENNE ayant eu l'occasion d'opérer dans son service une fillette pour un tératome de la racine du méso-colon transverse nous a confié cette observation pour lui consacrer notre thèse. Nous l'en remercions ici à nouveau.

Les tératomes intra abdominaux constituent une affection exceptionnelle et peu de travaux d'ensemble, surtout en France, lui sont consacrés. Nous n'avons trouvé que la seule thèse de PORTUGAL, inspirée par VILLAR en 1919. Elle groupe douze observations, dont une personnelle et résume les 28 autres cas réunis par REPIN en 1892 à propos des kystes de l'ovaire.

Mais ces auteurs ont surtout en vue la pathogénie de ces tumeurs. Nous nous bornerons donc sur ce point à un court résumé consacrant plus de développement à l'étude clinique et thérapeutique. Pour le faire avec plus de fruit nous envisagerons seulement les tératomes dont le siège est analogue à celui que nous rapportons, ce qui pose des problèmes de diagnostic particuliers.

Cet aspect de la question mérite, nous semble-t-il, d'être étudié à nouveau pour voir dans quelle mesure il s'est enrichi par les procédés d'investigation perfectionnés dont nous disposons aujourd'hui; plus privilégiés que TILIAUX qui, en 1886, insistait sur les caractères différentiels du point de vue clinique entre les tératomes intra-péritonéaux et rétro-péritonéaux.

I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Éliminons tout d'abord du cadre de cet exposé les tumeurs tératoïdes, tumeurs mixtes simples, embryomes kystiques de WILMS, des glandes génitales, simples kystes dermoïdes, et même les tumeurs embryoïdes microkystiques dans lesquelles les tissus multiples ne sont pas ordonnés en ébauches organiques. Nous n'avons en vue que les tératomes vrais, tumeurs congénitales, volumineuses, généralement encapsulées, et contenant comme dans notre cas des ébauches organiques très variées, plus ou moins parfaites.

La perfection de ces ébauches est variable, comme pour les tumeurs sacro-coccygiennes; elles ont pu réaliser dans les cas de CRUVEILHIER, de KEY et de REPIN, un monstre très complet: fœtus acardiaque ou acéphale. Il est plus fréquent de ne trouver que des ébauches rudimentaires.

Siège. — Il est curieux de noter que les tératomes vrais rencontrés cependant dans de nombreuses régions ont pour siège électif le méso-colon transverse ou des zones immédiatement avoisinantes. Sur 26 observations que nous avons pu lire dans lesquelles le siège de la tumeur est intra-

abdominal, sept fois, soit dans 28 % des cas elle avait cette localisation. Le plus souvent encore, c'est en haut et à gauche de la cavité abdominale, comme dans notre cas, que la tumeur fut rencontrée. Certaines théories pathogéniques rendent compte de cette situation.

Sexe. — Le sexe féminin paraît surtout atteint.

Age. — Dans la presque totalité des cas la tumeur fut découverte dès les premiers mois ou dès les premières années de l'existence.

Rapports. — Certains rapports anatomiques se déduisent naturellement de la situation de la tumeur dans l'hypochondre gauche empiétant dans les régions circumvoisines:

En arrière, le tératome arrive au contact de la paroi abdominale postérieure, le plus souvent sur le flanc gauche de la colonne vertébrale.

Le rein et les uretères peuvent être légèrement repoussés vers le bas, la rate vers en haut, le lobe gauche du foie et l'estomac vers en haut et à droite, l'intestin grêle en bas et à droite.

Les rapports avec le colon méritent d'être précisés: suivant que la tumeur incluse dans la racine du méso fait hernie au-dessus du feuillet supérieur, vers l'arrière cavité des épiploons, ou au-dessous du feuillet inférieur vers la grande cavité, le colon sera repoussé en bas et en avant, s'interposant entre la paroi et la tumeur, ou en haut et en arrière le tératome venant au contact de la paroi antérieure comme dans le cas que nous rapportons.

Enveloppes de la tumeur. — La question des enveloppes de la tumeur présente un double intérêt : pathogénique et thérapeutique.

Le tératome est entouré plus ou moins complètement par une membrane dont l'aspect macroscopique et histologique et la disposition suggèrent immédiatement la comparaison avec l'amnios. C'était particulièrement net dans notre observation. On retrouve cette disposition dans un grand nombre de cas. PORTUGAL affirme cependant n'en pas avoir vu, mais il faut faire des réserves puisque on a, chez son malade, pu pratiquer la marsupialisation de la poche renfermant la tumeur, ce qui paraît impliquer l'existence d'un revêtement continu indépendant.

Les théories pathogéniques qui invoquent une inclusion fœtale s'appuient sur la constatation de cette poche.

Du point de vue thérapeutique, lorsque les rapports de la tumeur avec les vaisseaux mésentériques ou avec l'intestin sont trop intimes pour ne pas entraîner une exérèse étendue, très grave, la présence de cette poche amniotique peut permettre une énucléation intra-kystique suivie de marsupialisation. Nous aurons à revenir sur ce point.

A l'intérieur de la poche la tumeur flotte dans un liquide jaune plus ou moins épais, souvent pris au premier abord pour du pus ; analysé dans le cas de KOLB, après ponction, on trouva peu d'éléments cytologiques. Ce liquide était riche en albumine, ne présentant aucun des caractères de l'urine.

La face externe de la membrane d'enveloppe entre en rapport avec les viscères voisins : parfois et par places le tissu sous-péritonéal constitue un plan de clivage, mais souvent l'adhérence avec le colon, les vaisseaux mésentériques ou prévertébraux, voire le diaphragme, la rate,

l'estomac ou le rein est tellement étroite qu'après avoir entraîné de grosses difficultés opératoires, la déchirure de la veine cave inférieure (WEIER), du colon (KOLB), on a dû renoncer à enlever la tumeur avec ses enveloppes.

II

PATHOGENIE

Nous ne discuterons pas les différentes théories pathogéniques émises, notre but étant surtout pratique, et nous nous contenterons de résumer brièvement les différentes hypothèses. D'ailleurs, à l'heure actuelle, la théorie blastomérique paraît rallier les suffrages de la majorité des embryologistes.

1° *Les théories histogéniques* de VIRCHOW, CONHEIM, BARD, font dériver les tumeurs à partir d'une cellule embryonnaire encore indifférenciée, ce qui explique la possibilité de tissus multiples dérivés des trois feuillets;

2° *La théorie de l'enclavement*, de VERNEUIL, valable pour les tumeurs relativement simples, telles que celles du cou, est incapable de rendre compte de la formation de monstres aussi différenciés que ceux dont nous nous occupons;

3° L'hypothèse d'une *fécondation double* d'un œuf, due à GEOFFROY SAINT-HILAIRE, explique la formation d'un monstre double dans le cas le plus achevé.

Ainsi s'explique la présence d'enveloppes fœtales amniotiques autour de la tumeur.

L'un des frères issu de cette fécondation double uni vitelline « ayant un développement plus avancé que celui de son frère, tapisse de son allantoïde la surface interne du chorion commun. L'allantoïde de l'embryon retardataire ne peut se greffer que sur l'allantoïde du premier, réalisant un monstre omphalosite; ou, pénétrant dans l'abdomen encore ouvert de son frère aîné s'insérera sur son intestin ». (PORTUGAL.)

Ainsi s'explique la situation intra-abdominale de ce tératome et plus particulièrement son insertion dans le mésentère ou le méso-colon au voisinage de la région cœliaque.

C'est à cette théorie que se rallie REPIN. Elle est évidemment très séduisante.

4° *La théorie parthénogénétique*, du développement d'un monstre à partir d'un ovule non fécondé issu de l'ovaire de la malade, du « monstre fils », au lieu du « monstre frère » initialement émise par BUFFON et reprise depuis par nombre d'auteurs, s'appuie sur la comparaison avec les tumeurs mixtes de l'ovaire.

Elle est actuellement rejetée par la plupart des tératologistes car elle ne rend pas compte de la formation de tératomes chez le mâle, suppose un développement ovulaire, alors que l'ovaire est encore en sommeil, et invoque une pathénogenèse jamais encore observée sous une autre forme chez les vertébrés.

5° Reste enfin la *théorie blastomérique* qui dérive des expériences de Roux sur l'œuf de la grenouille; soit par fécondation d'un globule polaire (PLATNER), soit par encla-

vement d'un blastomère (BONNET), une cellule possédant toute la puissance énergétique, toutes les propriétés morphologiques nécessaires à la formation d'un embryon se trouve enclavée et sa segmentation progressive pourra réaliser *in vivo* un embryon rudimentaire comme expérimentalement elle le faisait *in vitro*.

III

OBSERVATION

(Inédite)

(Due à la bienveillance de M. le Professeur ETIENNE)

C... Odette, âgée de huit ans, entrain le 23 janvier 1934 dans le service de chirurgie infantile pour une tumeur abdominale.

Antécédents personnels. -- L'enfant a eu de la gastro-entérite à l'âge de trois mois, et la varicelle dans le courant de sa première année.

Antécédents familiaux. -- Le père et la mère de l'enfant sont en bonne santé.

La mère a eu cinq grossesses, la deuxième a été terminée par un avortement de cause non précisée, la malade est la deuxième enfant. Les trois autres frères sont en bonne santé.

Histoire de la maladie. -- Dès que l'enfant eut l'âge de deux mois, l'attention maternelle fut attirée par un développement exagéré de l'abdomen coexistant avec une hernie ombilicale.

Un médecin aurait été consulté dès ce moment et seule la hernie aurait attiré son attention. Bientôt se déclarait une diarrhée rebelle, verdâtre, qui passait au premier plan des préoccupations de la famille.

Peu à peu l'enfant se rétablit mais il ne fut plus question de son « gros ventre », jusqu'à ces jours derniers.

A ce moment, l'enfant examinée à l'occasion de l'inspection médicale scolaire fut envoyée en consultation à l'hôpital.

Examen. — Cette fillette est un peu amaigrie et paraît assez chétive, mais l'examen clinique des différents appareils ne révèle aucun fait digne d'être signalé.

Par contre, l'inspection de l'abdomen révèle immédiatement une saillie anormale de l'hypochondre gauche.

L'abdomen dans son ensemble est un peu ballonné, mais il existe nettement une tumeur qui soulève la paroi au-dessous du rebord chondral gauche, jusqu'à la ligne médiane en dedans, jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic en bas.

Dans le décubitus dorsal, les limites de la tumeur deviennent encore plus nettes. (Fig. I.)

A la palpation, on est frappé par la consistance de la masse tumorale, ferme dans l'ensemble, elle s'exagère en certains points qui présentent une dureté véritablement osseuse.

Dans toute son étendue, la masse est mate à la percussion.

La tumeur peut être mobilisée: dans le sens transversal la tumeur peut être repoussée jusque dans la région épigastrique ou au contraire être refoulée plus profondément sous le rebord chondral gauche; dans le sens vertical la

tumeur est susceptible de s'élever vers le diaphragme, mais on ne peut l'abaisser que faiblement.

Les limites de la tumeur sont plus difficiles à préciser, la contraction de la sangle abdominale les rend plus imprécises, il ne s'agit donc pas d'une tumeur pariétale.

Dans le relâchement musculaire on apprécie plus nettement les limites: la main peut s'insinuer sous le pôle inférieur de la masse dans le flanc gauche. On sent en ce point une échancrure. En dedans le muscle grand droit empêche de sentir nettement les limites de la tumeur. En haut le bord supérieur est masqué par le rebord thoracique.

Toutes ces investigations révèlent l'indolence complète de l'affection.

Les parents et la malade n'accusent aucun autre symptôme pathologique: En particulier il ne semble exister aucun trouble du transit digestif, ni diarrhée ni constipation. L'enfant aurait eu quelques coliques pendant une journée il y a quelques mois. Celles-ci n'ont pas récidivé.

On a beaucoup de peine à faire préciser si le volume de la tumeur s'accroît ou reste stationnaire. En tous cas, si le volume augmente, ce n'est que très lentement.

Dès ce moment, le diagnostic clinique envisagé est celui de tératome siégeant dans l'hypochondre gauche: Il se base sur l'inégalité de consistance de la masse, dont certaines parties sont dures comme de l'os; sur l'irrégularité des contours et l'évolution torpide de la tumeur, l'état général étant complètement indemne.

Le siège exact et les rapports de la tumeur sont plus difficiles à préciser:

S'agit-il d'une formation para-rénale? ou d'une tumeur de la rate? La masse n'a pas un contact lombaire très net, mais d'autre part sa mobilité dans le sens transversal n'est pas aussi nette que celle d'une rate augmentée de volume.

Examens complémentaires. — L'examen du sang ne permet pas de formuler de nouvelle hypothèse:

Hématies :	4.680.000.
Leucocytes :	7.300.
Hémoglobine :	0,80.
Valeur globulaire :	0,80.
Polynucléaires neutro et basophiles.....	64 %
Eosinophiles.....	8 %
Mononucléaires.....	2 %
Lymphocytes.....	26 %

Des radiographies sont alors pratiquées et interprétées par Monsieur le Professeur LAMARQUE:

Un premier cliché montre « dans la zone de projection de la tumeur, de petites taches opaques pouvant parfaitement répondre à des néoformations osseuses ». La tumeur est elle-même visible comme une ombre, peu intense, difficile à délimiter, remplissant toute la surface s'étendant entre la 11^e côte et le rachis.

Un lavement opaque est donné pour permettre de préciser les rapports du colon et de la tumeur.

Le colon encadre la tumeur, la partie terminale du transverse est refoulée en haut et en arrière, la portion initiale du colon descendant est refoulée en arrière (clichés de face et de profil).

« L'estomac est petit, hypertonique, refoulé vers le haut ».

A l'issue de ces divers examens on ne pouvait guère fixer un siège à la tumeur autre que le méso-colon transverse.

Après une préparation de quelques jours (vaccination, reconstituants), on pratiqua, le 14 février, une laparotomie exploratrice.

Intervention. — Sous anesthésie générale au balsoforme.
Opérateur: M. le Professeur ETIENNE.

Incision paraombilicale gauche, verticale, s'étendant plus loin vers en haut et secondairement prolongée vers en bas.

Dès l'incision du péritoine on se trouve en présence d'une masse recouverte d'une membrane qui lui adhère ayant l'aspect d'une surface de méso.

Le colon transverse est repoussé par la tumeur vers en haut et les anses grêles à droite et en bas.

La tumeur occupe la racine du méso-colon transverse et celle du mésentère siégeant dans un dédoublement de ces feuilletts péritonéaux. La plupart des vaisseaux de l'angle splénique du colon et de la partie terminale du transverse, les vaisseaux mésentériques sont repoussés en haut ou à droite de la tumeur qui les cache aux yeux de l'opérateur.

Seule une veine volumineuse difficile à identifier, qui est peut-être la petite mésaraique, passe en sautoir au devant de la tumeur, la bridant étroitement. On a les plus grandes peines à la cliver peu à peu sans la rompre.

Brusquement une cavité remplie de matière sébacée presque liquide se rompt. On distingue plus nettement alors les parties constitutives de la tumeur: Une partie du volume des deux poings est recouverte de peau enduite de matière sébacée et de poils. Cette partie constitue le pôle inférieur et le corps de la tumeur. C'est elle qui était contenue dans la poche rompue. Le pôle supérieur plonge dans l'angle dièdre formé par le méso-colon et le mésentère ; il est dépourvu de revêtement cutané et présente un aspect comparable à la dure-mère.

Au contact de la paroi postérieure quelques petits vaisseaux fort grêles représentent l'unique pédicule de la tumeur, vraiment disproportionné avec le volume de celle-ci.

La masse principale est enlevée progressivement par clivage prudent sans incidents. On dénude ainsi une grande partie des vaisseaux de l'angle colique gauche et l'origine des vaisseaux mésentériques supérieurs.

Dans la cavité laissée libre on aperçoit soudain des fragments d'anses intestinales normales. Mais lorsqu'on saisit ces anses on s'aperçoit qu'elles sont dépourvues de pédicule et n'appartiennent pas à l'enfant mais à la tumeur.

Deux segments d'intestin sont ainsi enlevés. (Fig. IV).

Un sac de Mikulicz est placé dans la cavité qu'il est impossible de péritoniser entièrement avec les fragments du méso-colon et du mésentère; quatre mèches sont tassées à l'intérieur du sac.

Suites opératoires. — Le soir, température 39, pouls 160. On administre toute la gamme habituelle des tonicardiaques, sérum, adrénaline par os.

Le lendemain le pouls se ralentit et dès le cinquième jour tout rentrait dans l'ordre.

Mais le 8^e jour, après ablation de la première mèche du Mickulicz, poussée fébrile à 39, pouls 130. L'état s'aggrave encore le 11^e jour, l'enfant jusque là calme et souriante est indifférente, somnolente. Langue sèche, température 40, pouls 155. Bien que l'azotémie, le chlore plasmatique et le chlore globulaire soient sans modification on administre du sérum hypertonique intraveineux. Injections de septicémie.

En 48 heures l'état de choc disparaît. Progressivement les mèches et le sac étaient retirés et le 7 avril, la cicatrisation secondaire parfaitement achevée. L'enfant quittait le service sans aucune séquelle quelques semaines plus tard.

Description de la pièce opératoire. — La tumeur présente dans l'ensemble la forme d'un embryon; elle est réniforme. (Fig. II et III).

Cet embryon est revêtu d'une peau d'aspect normal portant par places des touffes de longs poils. Une membrane semblable à l'amnios entoure cet embryon logé ainsi dans un véritable œuf. Entre la paroi amniotique et l'embryon se trouve du liquide jaune clair.

La vésicule amniotique se continue avec le revêtement cutané dans la région du hile de la tumeur.

Le pôle inférieur de la tumeur présente un prolongement qui figure une ébauche de membre terminé par des digitations. A l'autre extrémité, extrémité céphalique de l'embryon, si l'on poursuit la comparaison, de gros bourgeons fibro-lipomateux ne sont pas recouverts de peau.

Dans la région du hile étaient appendues les deux anses intestinales, pourvues d'un méso, très peu adhérentes au reste de la tumeur, qui furent extirpées séparément (Fig. 4).

L'ensemble de la tumeur était entourée par le feuillet inférieur du mésocolon transverse. Le tissu cellulaire sous-péritonéal constituait autour du tératome un plan de clivage assez inégal.

En coupe (Fig. V). — La tumeur est constituée par une masse de tissu fibrolipomateux, mal différencié. Dans cette masse est plongé un os volumineux ressemblant à un humérus pourvu de ses épiphyses. Dans la région céphalique sont creusées des cavités à paroi cartilagineuse.

Les anses intestinales ont été l'objet d'un examen au microscope.

(Examen dû à l'obligeance de Monsieur le Docteur Guibert, chef de laboratoire d'anatomie pathologique):

Les fragments intestinaux envoyés sont remplis d'un liquide grisâtre, gélatineux.

L'examen histologique a porté sur une section transversale totale du rudiment intestinal considéré.

La paroi est d'une minceur extrême. Elle est formée, vers l'extérieur, de deux couches de fibres circulaires et longitudinales qui rappellent les fibres musculaires lisses, mais qui n'ont pas les affinités tinctoriales par suite de leur différenciation incomplète.

Tout à fait à l'extérieur, il n'y a pas de séreuse proprement dite, mais quelques fibrilles collagènes avec de très fins capillaires.

La couche interne de la paroi est formée d'une rangée discontinue de *cellules caliciformes*, mucipares, cubiques par suite de la tension exercée par le liquide gélatineux qui remplit la lumière du conduit intestinal; ces cellules épithéliales sécrètent du mucus.

La couche moyenne, entre l'épithélium et les couches musculaires mal différenciées, est constituée par des *îlots de lymphocytes*, rappelant le tissu lymphoïde de la sous-muqueuse intestinale.

En résumé, nous avons retrouvé au dedans de cette paroi considérablement amincie tous les éléments anatomiques constitutifs d'une paroi intestinale : *épithélium mucipare, tissu lymphoïde, fibres musculaires lisses, circulaires et longitudinales*; mais ces divers éléments ne présentent pas une différenciation normale complète et paraissent souffrir d'une vascularisation insuffisante. »

IV

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes des tératomes abdominaux et en particulier de ceux du meso-colon transverse méritent d'être soigneusement étudiés: ils sont en général discrets et c'est leur groupement seul qui peut devenir caractéristique. Ainsi s'explique que deux fois seulement à notre connaissance le diagnostic exact ait été posé avant l'intervention: dans le cas de VILLAR et dans celui observé par notre Maître M. le Professeur ETIENNE.

L'anamnèse peut révéler une notion extrêmement précieuse: la constatation de la tumeur dès les premiers mois de l'existence. Ce fait seul limite singulièrement le champ des hypothèses, il était connu dans les deux cas où le diagnostic préopératoire correct fut posé. Dans nombre de cas la mère avait noté le volume anormal de l'abdomen de son bébé.

Les troubles subjectifs par contre sont très peu caractéristiques: il s'agit le plus souvent d'enfants s'analysant peu ou mal, et la tumeur ne cause guère de troubles.

Dans quelques observations ont été notées des coliques

plus ou moins vagues. Mais leur inconstance, leur irrégularité permet de se demander même si ces douleurs doivent être rapportées à la présence de la tumeur. Quel enfant n'a jamais eu de coliques?

On pourrait presque dire que le signe caractéristique est, pour une tumeur aussi volumineuse, de ne présenter aucun signe subjectif.

Nous verrons cependant en étudiant les complications qu'il serait illogique de baser sur cette absence de symptômes fonctionnels l'abstention thérapeutique.

Signes physiques. — Les signes physiques sont importants à analyser.

« *Tumeur, indolente, mobile, irrégulière, siégeant au voisinage de l'ombilic.* »

La tumeur. — Se traduit dès l'inspection de l'abdomen par une augmentation générale de volume et par une voussure localisée. Ce signe est en général noté par la famille.

Ce n'est guère que dans l'observation de DUPUYTREN que la tumeur fut une découverte d'autopsie.

La tumeur soulève la paroi abdominale dans l'hypochondre gauche et les régions adjacentes chez notre petite malade. (*Fig. 1.*)

Indolence. — On peut explorer facilement la tumeur sans provoquer aucune douleur. Ceci rend plus aisée la constatation des signes suivants.

Mobilité. — Dans presque toutes les observations de tumeur du méso-colon est notée la mobilité. Dans le sens vertical la tumeur peut généralement être repoussée vers le diaphragme, il est par contre difficile de l'abaisser. Très

probablement le poids du tératome l'amène à occuper spontanément la situation la plus déclive.

Dans le sens transversal la mobilité est également nette.

Quelle est l'importance de cette mobilité pour le diagnostic positif? C'est un signe de grande valeur, mais sur lequel il ne faut pas s'hypnotiser: la mobilité peut manquer dans certaines tumeurs du méso-colon soit en raison de leur volume qui les bloque, soit en raison d'adhérences aux organes voisins, adhérences consécutives à un processus inflammatoire chronique.

La mobilité est en outre le fait de nombreuses tumeurs abdominales dont le siège est extra-mesocolique. Nous aurons donc à revenir sur ce point de diagnostic auquel DORÉ a consacré sa thèse.

Irrégularité. — La palpation permet d'apprécier la forme et la consistance du tératome.

Il présente des irrégularités de contour, des incisures, mais celles-ci n'occupent généralement pas un seul bord.

La surface est plus ou moins bosselée, et, à côté de points rénitents, présente souvent des surfaces molles et d'autres de consistance très dure, suggérant, dans les cas favorables, la comparaison avec de l'os.

Ce signe est pathognomonique. Malheureusement il est assez rarement très net.

Siège. — Nous avons vu que les tératomes intra-abdominaux ont un siège électif dans l'hypochondre gauche empiétant dans la région ombilicale. Dans presque 30 % des cas le tératome occupait cette place.

Mais ce siège ne signifie pas forcément que le tératome est intra-mesocolique. Nous aurons à y revenir.

La radiographie. — Est d'un très grand secours et doit permettre de poser plus fréquemment qu'autrefois le diagnostic correct avant l'intervention.

Fait sans aucun artifice, le cliché montrera souvent la présence d'ombres plus ou moins opaques qui révèlent les inclusions osseuses.

Après insufflation du colon ou plus couramment après lavement opaque et ingestion de bouillie barytée, la radiographie permettra d'étudier les rapports avec le colon et l'estomac. Dans certains cas il sera très utile de faire comme dans les tumeurs para-rénales (CHEVASSU, J. DUVAL), une pyélographie ascendante ou descendante pour compléter le diagnostic et préciser les rapports avec le rein et le bassin.

V

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ET TOPOGRAPHIQUE

Arriver à localiser exactement la tumeur, c'est presque déjà poser un diagnostic exact car on écarte ainsi les affections frappant les organes voisins: foie, rate, pancréas, rein, surrénales, etc. Mais le plus souvent il est aussi difficile de situer exactement le point de départ de la tumeur que de poser le diagnostic de tératome.

Le premier point est d'établir qu'il s'agit bien d'une tumeur intra-péritonéale: c'est le plus souvent aisé. TILLAUX le premier, PÉAN après lui, ont insisté sur ce diagnostic.

L'ample mobilité, la matité absolue résultant du contact direct avec la paroi abdominale antérieure, sans interposition du colon, appartiennent aux tumeurs intra-péritonéales.

Le contact lombaire, la fixité relative, une bande de sonorité colique traversant la tumeur sont le fait des tumeurs extra-péritonéales.

Mais ce schéma pratique n'est pas sans exception; DORÉ l'a bien montré dans sa thèse consacrée aux tumeurs du mésentère.

« Un tératome mésocolique volumineux, adhérents peut avoir un contact lombaire, être fixé et repousser le colon au-devant de lui, prenant le masque d'une tumeur extra-péritonéale. »

Inversement une tumeur primitivement extra-péritonéale peut prendre les caractères physiques d'une tumeur mésocolique lorsqu'elle soulève le péritoine postérieur et s'exteriorise vers l'abdomen.

Souvent le seul examen clinique restera incapable d'éliminer à lui seul certaines affections de voisinage et devra faire appel à des recherches biologiques et des examens radiographiques.

C'est pourquoi il est difficile d'exposer le diagnostic des tératomes du mesocolon transverse autrement que sous une forme énumérative un peu fastidieuse et artificielle dont nous nous excusons par avance.

Tumeurs extra-péritonéales. — Les tumeurs du rein s'accompagne rapidement des signes urinaires habituels, du varicocèle symptomatique, entraînent rapidement de la cachexie.

Les gros reins du kyste hydatique, de l'hydronéphrose, du rein polykystique, le rein mobile n'évoluent guère sans un cortège symptomatique qui fait défaut dans les tératomes mésocoliques. Le contact lombaire est très net. Enfin dans les cas difficiles, la pyelographie ascendante ou descendante ne laisserait aucun doute.

Les tumeurs pararénales par leur lente évolution, leur indolence, leur volume, peuvent simuler un instant un tératome intra-péritonéal. C'est exceptionnel, elles sont plus fixes, repoussent en avant le colon, leur consistance est rarement dure.

Mais à côté des kystes et des tumeurs solides para-rénales étudiées par LECÈNE et THÉVENOT, on peut trouver des tératomes vrais retro-péritonéaux auxquels PORTUGAL a consacré sa thèse. C'est alors un diagnostic uniquement topographique qu'il faut faire. Il se basera cliniquement sur la plus ou moins grande mobilité, sur les rapports avec le colon vérifiés ultérieurement par la radiographie après lavement opaque, et en définitive restera souvent en suspens.

Il en ira de même parfois du diagnostic avec les surrénales, mais ceux-ci, au début, sont plus rigoureusement fixés, plus tard ils s'accompagnent du syndrome addisonien et ne tardent pas à provoquer une cachexie profonde.

Les tumeurs du pancréas présentent de grosses difficultés de diagnostic, car elles ont souvent à la fois les caractères des tumeurs intra et extra-péritonéales (VILLAR), suivant qu'on les examine à la période du début ou d'état, en raison des rapports du pancréas avec le mesocolon transverse.

A la première période on aura une zone de sonorité entre la tumeur et la paroi abdominale antérieure, car la tumeur pancréatique est rétro-péritonéale; mais plus tard la tumeur passée entre l'estomac et le colon qu'elle refoule de part et d'autre et vient au contact de la paroi antérieure siégeant en général sur la ligne médiane. Ces tumeurs ne présentent qu'exceptionnellement le contact lombaire et le ballottement rénal.

D'autre part le tératome méso-colique adhère souvent fortement au pancréas (PORTUGAL).

C'est donc sur le contexte clinique richement chargé de troubles digestifs, dans les tumeurs pancréatiques qui amènent un amaigrissement rapide, survenant à l'âge adulte, et au contraire sur l'absence de troubles fonctionnels des

tératome méso-colique décelés dès l'enfance que l'on se basera pour établir la distinction.

Tumeurs intra-péritonéales. — La matité absolue sans interposition d'une zone colique sonore, l'absence de contact lombaire, la mobilité sont les signes communs de ces tumeurs qui dérivent du foie, de la rate, de l'estomac, du mésentère ou se développent dans le méso-colon même.

Éliminons d'abord les tumeurs du foie ou l'hypertrophie du lobe gauche, tumeurs fixes. Seule une grosse vésicule biliaire, un kyste hydatique de la face inférieure du foie, pédiculé, pourraient être aussi mobiles. Mais celle-la s'accompagne d'un cortège anamnestique et symptomatique, celui-ci d'un syndrome hématologique et de réactions biologiques caractéristiques.

Les tumeurs exogastriques de la grande courbure ne méritent pas non plus de nous retenir en raison des signes fonctionnels et du caractère nettement acquis qui leur sont propres.

Plus difficile est le diagnostic différentiel avec une grosse rate: celle-ci en s'hypertrophiant conserve souvent sa forme primitive elliptique, à grand axe oblique en bas et en dedans, son bord interne marqué d'encoches.

Il faudra rechercher les syndrômes hématologiques du paludisme, des leucémies, les réactions du kyste hydatique, si la perception des masses osseuses du tératome n'a pas permis de le reconnaître avec certitude.

Dans les grosses rates aleucémiques, c'est donc surtout les signes physiques qui permettront le diagnostic.

Les tumeurs du mésentère, kystes, lipomes, fibromes, sont médianes, occupant nettement la zone ombilicale ou la fosse iliaque droite (MOIROUD); leur mobilité est extrême parce qu'elles oscillent autour d'un large pédicule.

Ces tumeurs ne sont guère constatées que dans l'âge adulte et s'accompagnent assez souvent de troubles fonctionnels bien marqués.

Quant aux tératomes du mésentère, c'est uniquement leur siège plus bas, leur mobilité plus étendue qui permet de les distinguer des tératomes du méso-colon transverse, caractères souvent bien subjectifs, diagnostic d'impression. Si l'on veut bien se souvenir qu'ils sont presque aussi fréquents les uns que les autres (sept tératomes du méso-colon pour cinq du mésentère), on conviendra qu'il est indispensable d'attendre les résultats des examens radiologiques avant de se prononcer d'une manière ferme.

Nous passerons rapidement enfin sur certains diagnostics plus exceptionnels, quoique l'erreur ait pu être commise.

Les blocs fibro-caséeux de la péritonite tuberculeuse sont beaucoup plus fixés, leurs limites sont plus imprécises que celles d'un tératome; l'état général est très altéré.

Un kyste de l'ovaire à long pédicule évolue de bas en haut, la mobilité ne s'effectue pas dans le même sens: on peut abaisser le kyste, on peut élever le tératome méso-colique; le toucher vaginal, combiné, mettra sur la voie. L'examen radiologique ne montre pas de masses osseuses dans la tumeur.

Enfin les tumeurs méso-coliques présentent évidemment certains caractères communs avec les tératomes méso-coliques, mais les unes sont des tumeurs inflammatoires rapidement bloquées (adénopathies) s'accompagnant d'un cor-

tège symptomatique inflammatoire, les autres comme les sympathomes sont des tumeurs molles d'ailleurs rarissimes et dont l'évolution cachectisante ne rappelle pas celle des tératomes.

Pour conclure cette longue étude du diagnostic, redisons : c'est en se basant sur la date d'apparition de la tumeur, sa marche lente, l'absence de signes fonctionnels, les caractères physiques, les rapports étudiés radiographiquement avec les organes voisins que l'on arrivera par déduction à poser le diagnostic de tératome du méso-colon transverse.

VI

PRONOSTIC — COMPLICATIONS

Dès 1896 TILLAUX insistait sur la très grande gravité des interventions pour tératome intra-abdominal; le choc qu'elles déterminent coûte la vie à plus d'un opéré, l'infection de la cavité à d'autres.

En regard nous avons souligné l'indolence, l'absence de signes fonctionnels qui caractérise ces tumeurs.

Est-il donc légitime d'opérer ces malades?

L'étude de l'évolution de quelques-unes de ces tumeurs qui furent laissées à elles-mêmes va nous permettre de répondre à cette question.

Malgré sa bénignité apparente le tératome peut causer la mort des malades qui en sont porteurs:

Nous éliminons d'abord les cas d'enfants qui sont morts en bas âge (DURANTE, REITER, HOSMER, etc.).

Les malades de PHILIPS, JOUNG, DUPUYTREN, KOLB, moururent de cachexie lente à un âge variant de 2 à 14 ans. et succombèrent à l'accroissement progressif de leur tumeur.

Cette tumeur peut tuer par d'autres mécanismes: le plus commun est celui de l'infection du kyste fœtal, celui-ci s'ouvre à l'extérieur dans les cas favorables de ATLEE

et de Nocito, mais le malade reste alors un fistuleux, au contraire HIGHMORE, SHONHOLZER ont trouvé à l'autopsie un tératome infecté rompu dans le péritoine.

GUDE intervenant dans un cas analogue où la tumeur était infectée mais pas encore rompue n'a pu sauver son malade.

Cependant, FIGUÉ a pu voir un tératome intra-abdominal à l'autopsie d'un homme âgé de 32 ans, BONIFIGLI d'une femme de 50 ans, l'infection n'est donc pas fatale.

Il convient dès lors de se demander si ces tératomes n'exposent pas à d'autres accidents tels que la dégénérescence cancéreuse et les métastases.

Les cas des tératomes abdominaux publiés ne nous permettent pas de répondre à cette deuxième question. Mais il est permis de conclure par analogie avec certains tératomes ovariens que la dégénérescence maligne avec métastases n'est pas une impossibilité (VIRCHOW, EWALD, WERNITZ).

Il est donc légitime d'opérer les malades qui présentent un tératome abdominal.

Pronostic opératoire. — Le pronostic opératoire est sérieux: il est difficile d'enlever ces tumeurs volumineuses sans tirailler sur les organes voisins.

On sait la richesse de cette région de la racine du méso-colon en formations nerveuses, sympathiques et parasymphathiques, ce qui explique le choc post-opératoire sur lequel insistait déjà TILLAUX.

Parmi les cas les plus récents opérés depuis 1910 que nous avons pu dépouiller, seuls les malades de WEIER et celui de notre Maître ont été guéris.

De plus, la tumeur, quoique mobile, adhère souvent aux organes voisins. Aux vaisseaux coliques dans notre cas, à la veine cave qui fut déchirée dans le cas de WEIER.

Enfin il convient de ne pas oublier que cette tumeur, quoique généralement bénigne est susceptible de récidiver après une ablation en apparence complète, comme cela a été observé à MONTGOMÉRY.

Soit qu'il s'abstienne, soit qu'il opère, le chirurgien devra donc faire de sérieuses réserves du point de vue du pronostic.

VII

TRAITEMENT

Lorsque ayant pesé le pour et le contre comme nous l'avons fait en étudiant le pronostic, le chirurgien a décidé d'intervenir. Deux procédés s'offrent à lui :

L'énucléation, ou la marsupialisation du kyste contenant le tératome.

1° *L'énucléation.* — Elle est difficile toujours, en raison du volume de la tumeur et des adhérences qui la rattachent aux organes voisins. On peut trouver des vaisseaux importants qui barrent la route comme dans notre observation, les déchirer (WEIER), et être entraîné à des résections coliques dont on connaît la gravité.

Dans ce cas il serait prudent d'aboucher le colon à la peau plutôt que rechercher à assurer aussitôt le rétablissement du transit.

Le pancréas peut être lésé (VILLAR) ce qui est une cause de fistules post opératoires.

Surtout le tiraillement des filets des plexus nerveux voisins que l'on ne peut guère éviter est générateur de choc, souvent mortel.

C'est pour éviter ces complications que, lorsque l'extirpation apparaît trop difficile on a proposé de se contenter de marsupialiser la poche kystique.

2° *Marsupialisation*. — La poche kystique ouverte on retire son contenu aussi complètement que possible puis on abouche la poche à la paroi, et l'on draine très largement. Cette méthode simple et facile a souvent été employée, elle donne une mortalité bien inférieure à la précédente.

Cependant la marsupialisation expose aux hémorragies post-opératoires; la poche met en outre plusieurs mois à se fermer (PORTUGAL).

Il convient enfin de ne pas perdre de vue que ce procédé expose particulièrement aux récidives, et ne met pas à l'abri d'une dégénérescence maligne ultérieure.

Pour ces raisons, lorsqu'elle est réalisable par des manœuvres de douceur, l'énucléation est le procédé de choix.

Quoique l'on doive s'efforcer de péritoniser au maximum, il apparaît de la plus élémentaire prudence de drainer la cavité laissée par l'extirpation de la tumeur.

La méthode de sécurité paraît être comme cela fut réalisé dans le cas de notre Maître, de drainer largement par un sac de Mickulicz, à l'intérieur duquel seront tassées des mèches de gaze.

PLANCHES



Fig. 1. -- La malade avant l'intervention chirurgicale.



FIG. 2. — La tumeur dans son ensemble avec les deux éléments creux à aspect intestinal.

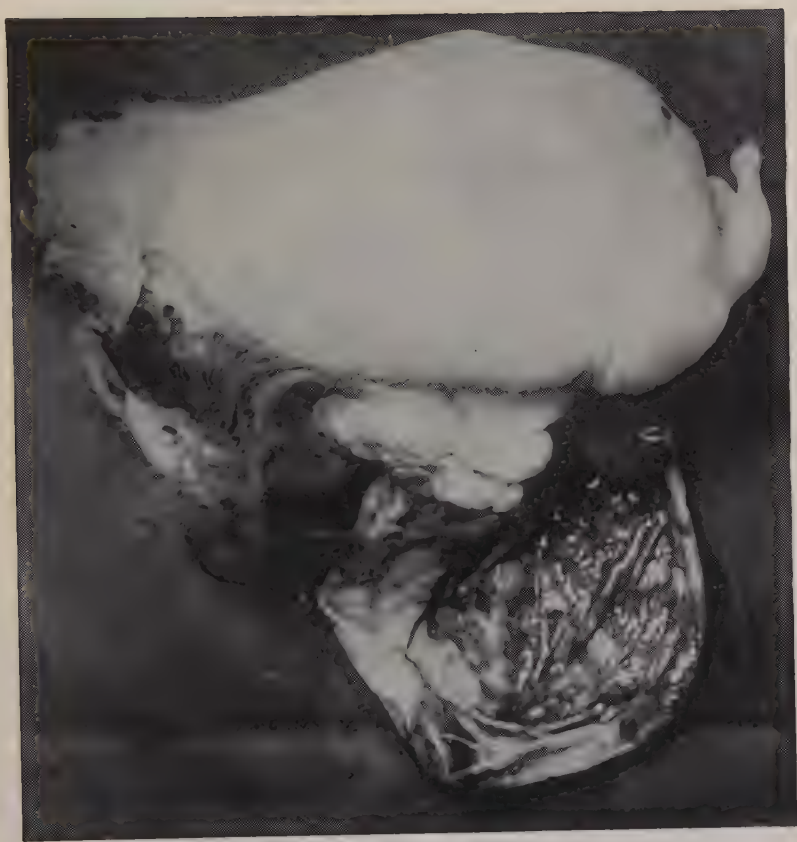


FIG. 3. — Un autre aspect de la tumeur avec poils
et paroi d'apparence amniotique.



FIG. 4. — Éléments creux à aspect intestinal.

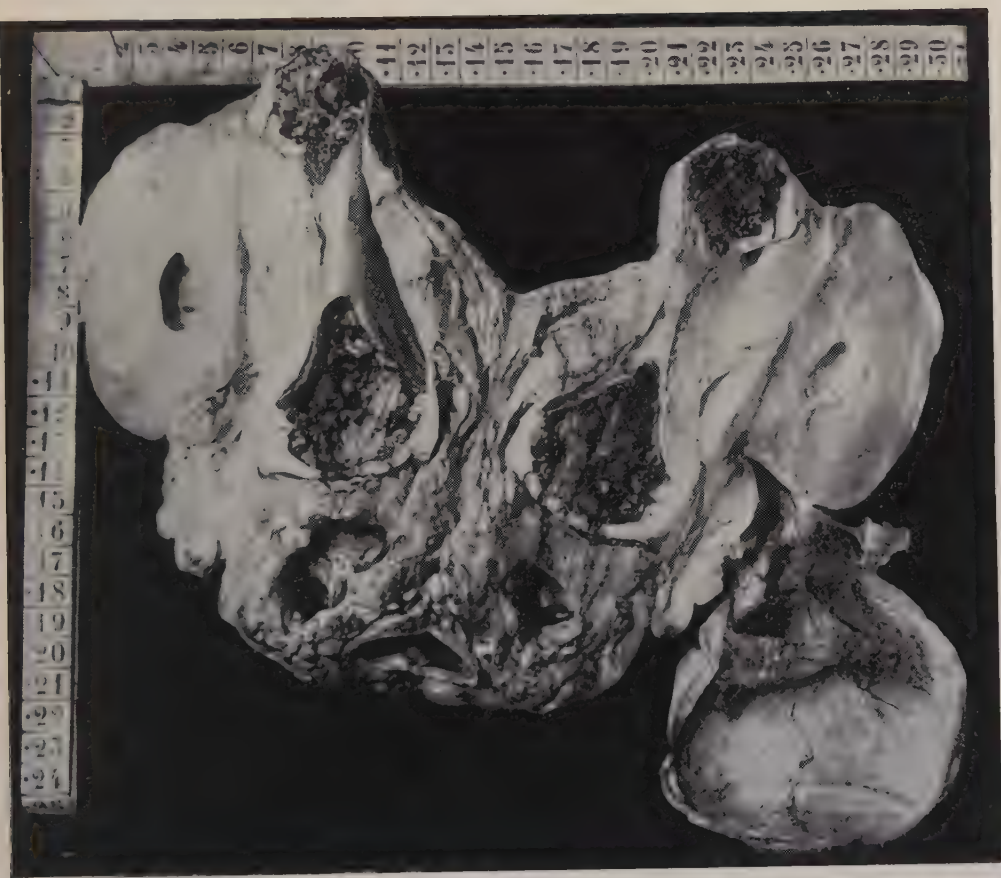


FIG. 5. — Coupe de la tumeur.

CONCLUSIONS

1° Les tératomes vrais du méso-colon transverse sont des tumeurs exceptionnelles. Nous n'en avons trouvé que six cas publiés dans la littérature auquel s'ajoute celui observé par Monsieur le Professeur ETIENNE.

2° Le méso-colon transverse constitue une localisation élective pour les tératomes intra-abdominaux. Ils occupent ce siège dans 28 % des cas.

3° Généralement encapsulés dans une pseudo-cavité amniotique, les tératomes sont entourés d'un plan de clivage qui permet de les isoler des autres organes situés dans le méso-colon transverse. Mais ils peuvent aussi contracter des adhérences étroites avec les organes voisins : colon, intestin grêle, vaisseaux, pancréas; etc...

4° Plusieurs théories pathogéniques ont été émises; à l'heure actuelle, seule la théorie de l'inclusion embryonnaire rend compte du siège électif et de l'existence d'une cavité amniotique. La théorie blastomérique est la plus généralement admise.

5° Les caractères essentiels de la tumeur sont la congénitalité, l'absence de signes fonctionnels, l'indolence, la mobilité, la consistance irrégulière, osseuse par places.

6° Le diagnostic sera complété par l'examen radiographique qui montre parfois des inclusions osseuses et renseigne sur les rapports avec le colon.

7° Malgré leur bénignité les tératomes méso-coliques peuvent entraîner la mort par l'infection de la poche et rupture suivie de péritonite, par cachexie ou par dégénérescence maligne.

8° L'ablation de ces tumeurs est toujours grave, choquante, en raison de leur siège et de leurs rapports. Lorsque les adhérences qu'elles présentent avec les organes nobles voisins sont trop étendus on a pu se contenter de marsupialiser la poche amniotique qui entoure la tumeur.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTIPAS. — Contribution à l'étude des tumeurs rétro-péritonéales et de la variété de ces tumeurs. (Thèse de Lyon, 1907).
- ATLEE. — Teratome intra abdominal. *Trans. Coll. Phys. Philadelphie* 1879.
- AUGAGNEUR. — *Etude des Kystes du mésentère*. Thèse d'agrégation, Paris 1885.
- BELLIARD. — *Contribution à l'étude des tumeurs du méso colon ascendant*. Thèse de Bordeaux, 1922-1923, n° 137.
- BORNHUBER. — Teratoma intra abdominalis. *Frankfurter Oberpostamt Zeitung* 1831.
- BROUHA. — La genèse des tératomes. *Ann. Soc. Méd. et Chir. Liège* 1903.
- BUDDE. — Ueber ein retroperitoneales Teratom mit Extremitäten. *Zentralbl. f. allg. Path. u. Path. Anat.* Jena, 1925-26, t. xxxvi, p. 562.
- CANNON et O'KELLY. — Tumeur solide du mésentère (Terato-blastome). *Irish. J. Med. Sc.*, Dublin, 1925, n° 5, p. 571-573.
- CAPPELLANI. — Tumeur du mesocolon prise pour une tumeur ovarienne. *Clin. Ostet.*, t. xxx, Août 1928, pp. 576-584.
- CHAVANNAZ et GUYOT. — Chirurgie de la rate. *Traité le Dentu et Delbet*, 1913. Baillière éd.
- CHEVASSU. — Deux volumineux fibrolipomes para-néprétiques. *B. M. Soc. Nat. de Chir.*, 6 juillet 1932, p. 1.068.
- CHRÉTIEN et LOMBARD. — Tératome de la cavité abdominale chez l'oie. *Bull. Soc. Centr. de Méd. Vétérinaire*, Paris, 1921, t. LXXIV, p. 69-73.
- CLERC. — *Quelques considérations sur un cas de tumeur solide rétro-péritonéale*. Thèse de Montpellier, 1933, n° 42.
- DEVÉ. — Des tératomes entéroïdes à l'occasion d'un cas de tumeur embryoïde pancréatiforme. *Normandie Méd.*, 1910.
- DORÉ. — *De la valeur de la mobilité dans le diagnostic des tumeurs du mésentère*. Thèse de Toulouse 1919.

- DORSETT. — An unusual retro peritoneal tumor in the meso-colon simulating infacted fibroid of the uterus. *J. Missouri Méd. Assoc.*, 1906-1907.
- DUPUYTREN. — Rapport sur un fœtus humain du mésentère. *Mém. de la Fac. de Méd.*, Paris, 1812.
- DUVAL. — Tumeur paranéphrétique. *B.M. Soc. Nat. Chir.*, 1929, n° 25, p. 1040.
- ELZAS. — Tumeur cystique remplissant tout l'abdomen issue du méso-colon. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.*, t. I, 11 fév. 1928, p. 735-737.
- GIAUFFER. — Contribution à l'étude du diagnostic et grosse tumeur de l'hypochondre gauche. Thèse Lyon, 1903.
- GORDON. — Tératomes rétropéritonéaux. *Surg. Gyn. and Obst.*, vol. XLI, n° 4, Oct. 1925, pp. 399-404.
- GUDE. — Über ein retropéritonealis teratoma, Greiswald 1898.
- GUILBAUD. — Tumeur rétropéritonéale. *Gaz. Méd. de Nantes*, 1907.
- HABERER (von). — Îleus causé par un teratome rétropéritonéal chez un enfant. *Wiener. Mediz. Woch.*, t. LXXXII, 8 oct. 1932, p. 1,304-1.306.
- HECKER et BULH. — Retroperitonealis teratoma. *Klinik der Geburtsskunde*. Bd. I.
- HERTZ. — Sympathome volumineux du mesocolon transverse; extirpation avec résection du colon transverse; guérison. *B.M. Soc. Nat. Chir.*, t. XLIX, 1923, p. 977-989.
- HIGHMORE. — Teratome intra-abdominal; rapporté par CAPPADOSE in Dissert. Inaug, Leyde, 1818.
- HUBNER. — Kyste séreux du mesocolon. *Presse Médicale*, t. XXXVII, 27 fév. 1919, p. 270.
- JOHNSON. — A large retroperitoneal dermoid tumor of teratoma. *Roy. Soc. Med. Londres*, 1909-1910.
- KANEKO. — Ein Fall von retroperitonealem Teratom bei einen 10 monatigen Knaben. *Gann. Japan. J. Cancer Research*, Tokyo, 1924, t. XVIII, p. 77-80.
- KARVONEN. — Retroperitoneal teratoma with recovery after surgical intervention; case. *Duodecim.*, t. I, 1934, pp. 251-267.
- KOLB. — Das retroperitoneal teratom. Heidelberg, 1909.
- LECÈNE. — Les tumeurs solides para-néphrétiques. *Rapp. au XXVIII^e Cong. franç. de Chir.*, oct. 1919, pp. 533-602.
- LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique chirurgicale*. Masson, édit., Paris 1926, pp. 508-509.
- LIGHTWOOD. — Abdominal fetal inplantation; retroperitoneal teratoma. *Proceed. Roy. Soc. Med.*, Londres, t. XXV, Oct. 1932, p. 1.736.
- MARCHAND. — Tératome abdominal. *Breslauer Urszlt. Zeitschr.*, 1881.
- MARTINEZ. — Volumineux lipome du méso-colon descendant. *Bol. Soc. de Cir. Chile.*, t. X, 13 avril 1932, pp. 10-13.

- MASSABUAU, GUIBAL et MAS. — Kyste wolffien du méso-colon ascendant. *Soc. Sc. Méd. Montpellier*, juillet 1932.
- MAYDL. — Retroperitonealis teratoma. *Wiener Klin. Rundschau*, 1896.
- MOIROUD. — Les tumeurs du mésentère. *Gaz. des Hôp.*, t. LXXXV, 1912, pp. 1391, 1427.
- MONTGOMERY. — A teratoma of the abdominal cavity. *Journ. Exp. Med.*, New-York, 1898.
- NICHOLSON. — A case of retroperitoneal teratoma. *Americ. Journ. Clin.*, Chicago 1906.
- OLIVRY. — Tératome intra-abdominal. *Journ. gén. de Méd.*, 1890.
- PÉAN. — *Traité du diagnostic des tumeurs de l'abdomen*, 1886..
- PERRANDO. — Tumeur du méso-colon. *Arch. ital. di mal. d. app. diger.*, t. II, 1933, oct., pp. 415-437.
- PIGNÉ. — Tératome intra abdominal. *Soc. Anat.*, Paris, 1847.
- PORTUGAL. — Contribution à l'étude du tératome rétro-péritonéal. Thèse de Bordeaux (Université), 1919, n° 72.
- REITER et STEINIGER. — Kyste fœtal intra-abdominal. *Med. Jahrbucher des K. æster Staates*. Bd. II, Wien, 1814.
- SCHMID. — Des tumeurs rétro-péritonéales et mésentériques. *Arch. f. gynak.*, t. CXVIII, fasc. III, 1924, pp. 490-559.
- SIKEMEIER. — *Zur Diagnostik der retro-peritonealen tumoren.* et-Bull. de la Soc. de Méd. de Gand, août 1841.
- SIKEMEIER. — *Zur Diagnostik der retro-peritonealen tumoren.* Heildelberg, Leyden, 1900.
- SIREDEY et LEMAIRE. — Sarcome du méso-colon transverse. *B. M. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1914., n° 31, t. XXXVIII, pp. 336-340.
- SULIKOWSKI et DANIAU. — Sur un cas de tératome intra-abdominal. *Gaz. des Hôpitaux*, Paris 1851.
- TILLAUX. — Tumeur de l'arrière cavité des épiploons. *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1886.
- TSCHISTOWITSCH. — Cystadénome mésocolique. *Centralbl. f. allg. Path. und path. anat.*, t. XLIV, 20 déc. 1928, pp. 132-134.
- VISCONTINI. — Tumori retro-peritoneali. Torino, 1906.
- WEIER. — Sur un cas de tératome de la cavité abdominale. *Bruns. Beif. f. Klinisch. Chir.*, t. CLV, fasc. I. Mars 1932, pages 125-129.
- YOUNG. — Tératome du méso-colon transverse. *Med. Chir. Trans.*, Londres, 1906-1909.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Montpellier, le 13 décembre 1934.

« Un cas de Tératome
de la racine
du méso-colon transverse »
par F. CORBEAU

Le Doyen,
EUZIERE.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 12 décembre 1934

Montpellier le 14 décembre 1934

Le Professeur,
ETIENNE.

Le Recteur,
TAILLIART.

RECEIVED
JAN 11 1907

